

# Debates GVsaúde

Revista do GVsaúde da FGV-EAESP ■ Edição Especial ■ Junho de 2012



Especial Palestra Internacional 2011

## PPP na Saúde: Experiências e Tendências



Centro de Estudos em Planejamento  
e Gestão de Saúde da EAESP



Centro de Estudos em Planejamento  
e Gestão de Saúde da EAESP

### **Núcleo Diretivo**

Ana Maria Malik  
Álvaro Escrivão Junior

### **Comitê Assessor**

Djair Picchiai  
Luciano Eduardo Maluf Patah  
Lucila Pedroso da Cruz  
Luiz Tadeu Arraes Lopes  
Márcio Vinicius Balzan  
Vanessa Sayuri Chaer Kishima  
Wilson Rezende Silva

### **Secretaria Executiva**

Cinthia Costa  
Isabella Fumeiro  
Leila Dall'Acqua

---

# Sumário

---

Editorial 7 Ana Maria Malik

## **Palestra Internacional: A Experiência Espanhola**

Elena de Mingo 11 Diretora Geral de Planejamento, Infraestrutura e Equipamento Sanitário do Ministério da Saúde do Governo da Comunidade de Madrid

Eduard Portella 15 Presidente da Antares Consulting de Barcelona

## **Mesa Redonda: A Experiência Nacional**

Álvaro Escrivão Junior (moderador) 22 Coordenador-adjunto do GVsaúde

Fernando Luiz Abrucio 23 Coordenador do Curso de Administração Pública da FGV-EAESP

Mara Clécia Dantas Souza 28 Assessora Especial do Gabinete do Secretário de Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Vera Cristina C. Monteiro 36 Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Administrativo da FGV





# Editorial – Parceria público-privada na saúde

DEBATE INTERNACIONAL

Ana Maria Malik

Coordenadora do GVsáude



## Editorial

Ana Maria Malik

### PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE - DEBATE INTERNACIONAL

É difícil tratar de assuntos polêmicos. Conhecimentos estabelecidos, aceitos, com publicações bem divulgadas são muito mais agradáveis – e tratados com muito mais frequência. O GVsaúde já tem tradição de olhar para questões inovadoras no cenário da saúde. A parceria público-privada foi tratada de maneira explícita por nós desde o primeiro Debates GVsaúde, realizado em 2005, com apresentações a respeito do assunto publicadas nos endereços eletrônicos <http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/8.pdf>.

Intensificamos nossa produção nos últimos anos. Em 2010, acompanhamos alunos da graduação da FGV-EAESP, no programa Conexão Local, para fazerem a observação do processo de implantação do Hospital do Subúrbio de Salvador, até meados de 2012 a única PPP na saúde implantada no Brasil. No início de 2011 realizamos este debate internacional, em função de parceria com a NP Consulting, empresa que identificou a responsável (Elena de Míngo) pela implantação do modelo na Espanha e a trouxe para São Paulo, para se apresentar no evento.

Um dos diretores da empresa (Eduard Portella) também se apresentou, com um ponto de vista espanhol, porém não institucional. Também tivemos como parceiros os Institutos de Responsabilidade de alguns dos Hospitais de Excelência de São Paulo (Hospital Sírio Libanês, Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Samaritano de São Paulo), que vêm participando do SUS – entre outras maneiras – na gestão de serviços públicos de saúde.

Não teria sido adequado, em um primeiro momento desse modelo no país, nos limitar a discutir experiências estrangeiras. Portanto, logo depois dessas apresentações, organizamos uma mesa nacional, moderada pelo professor Alvaro Escrivão Jr., do GVsaúde. Participaram dessa segunda parte do evento a representante do Governo da Bahia, vinculada ao hospital já existente (Mara Clécia Dantas Souza), a advogada Vera Cristina C. Monteiro, especialista no assunto nos demais setores em que já foi implantado, e que teve a oportunidade de desenvolver experiência nas tentativas de implantação na saúde. Ela também é ligada à Escola de Direito de São Paulo da FGV (EDESP). Completou a mesa o professor Fernando Luiz Abrucio, cientista político e professor da FGV-EAESP.

Temos agora, passado um ano, a oportunidade de repartir os conteúdos desse evento com o público interessado. No presente momento, primeiro semestre de 2012, o processo de Salvador já está muito mais evoluído e há outras parcerias em avançado processo de preparação da implantação. No GVsaúde também foi defendida, em fevereiro de 2012, dissertação de mestrado sobre o caso do hospital, analisado sob o ponto de vista de todos os seus participantes, também acessível no *site* do GVsaúde, <http://gvsaude.fgv.br/node/51>.

O conhecimento a respeito do assunto ainda está em plena evolução e a grande frequência do evento mostra o grande interesse que ele vem despertando. Com paixões favoráveis, com reações inflamadas, é uma questão ainda relativamente nova no setor, que merece ser estudada. Nossa vocação é levantar as polêmicas, estimular as discussões, produzir conhecimento e divulgar o que obtemos. Acreditamos, com esta publicação, atender a esses nossos propósitos. Esperamos que este texto, além de reproduzir o debate ocorrido, seja um documento que espelhe um dos momentos iniciais desse processo, que certamente terá novos desdobramentos.

Boa leitura







---

# PALESTRA INTERNACIONAL

Elena de Mingo

Eduard Portella



## PPP na Saúde: Experiências e Tendências

### A Experiência Espanhola

Elena de Mingo

Diretora Geral de Planejamento, Infraestrutura e Equipamento Sanitário  
do Ministério da Saúde do Governo da Comunidade de Madri

Para começar, gostaria de comentar brevemente como atua a Comunidade de Madri no âmbito da saúde. A Espanha divide-se administrativamente em 17 comunidades autônomas, sendo Madri uma delas, com cerca de 6,3 milhões de habitantes (13% da população nacional) e um Produto Interno Bruto de 195 milhões de euros (19,5% do PIB nacional). Até o ano de 2010, contamos com 83 hospitais, dos quais 34 públicos e 49 privados. Há 22.565 leitos, 14 mil instalados na rede pública e 8,5 mil em instituições privadas. Estamos falando em cerca de 650 mil altas hospitalares por ano.

A atividade de assistência à saúde na capital espanhola está organizada em três níveis: a atenção primária, que envolve o clínico geral e o pediatra; a atenção especializada, centrada essencialmente nos hospitais; e o chamado SUMMA112, que atende às emergências. De acordo com a nossa Constituição, o atendimento à saúde é público, universal e gratuito, mas a população tem liberdade para optar por uma segunda cobertura, por meio de seguros privados.

Em 2004, quando o Partido Popular assumiu o governo da Comunidade de Madri, existia um sistema de cobertura universal. Era um sistema de estrutura rígida, pois nosso pessoal estava enquadrado na categoria de funcionalismo, vinculado à administração como funcionários públicos. Também houve desajustes entre a oferta e a demanda, essencialmente por dois fatores: o primeiro, do ponto de vista territorial, pela falta de acessibilidade e distância da população em relação aos centros hospitalares; e o segundo, por falta de recursos, que gerava listas de espera e ainda um problema de adaptação tecnológica.

Nesse cenário, deveria ser desenvolvido um modelo de saúde sustentável que garantisse melhor qualidade com um custo possível de ser assumido pelo orçamento público. Seria preciso adaptar-se às mudanças tecnológicas em um ambiente de transformações no qual vivemos atualmente. Temos a obrigação de procurar programas de gestão mais flexíveis e mais eficientes.

Esse panorama nos levou a elaborar um plano de infraestruturas para o período de 2004 a 2007, que incluiu 56 Centros de Atenção Primária, com investimentos de 176 milhões de euros. Isso possibilitou que mais de um milhão de cidadãos de Madri utilizassem os centros de saúde. Oito novos hospitais foram construídos com recursos de 685 milhões de euros, o que resultou, no período de 18 meses, em 1,5 milhão de cidadãos com um novo hospital mais próximo. Outros 104 milhões de euros foram destinados a equipamentos de saúde, de alta tecnologia, enquanto 107 milhões de euros utilizamos para a reforma dos antigos hospitais. Injetamos mais 57 milhões de euros em sistemas de informação.

Esse montante foi viabilizado por meio de parceria público-privada. A participação da iniciativa privada era necessária, pois precisávamos contar com essa infraestrutura em um período curto de tempo e não havia financiamento disponível para efetuar a execução nesse prazo. Selecionamos dois modelos de concessão: um de obra pública, que inclui a construção da infraestrutura e a terceirização dos serviços não sanitários; e outro que corresponde à construção por meio de gestão de serviço público. Nesse caso, a concessionária não apenas constrói e explora o empreendimento, como também presta a assistência à saúde.

Na modalidade tradicional de gestão, a infraestrutura era construída exclusivamente à custa do dinheiro público. Na Espanha, o tempo médio de construção do hospital, desde o momento do projeto até a entrega da obra, girava em torno de oito a nove anos. Já pelo modelo PFI (Project Finance Initiative), o peso da construção é reduzido, pois o contrato também inclui a prestação de até 13 serviços não sanitários. Na realidade, a infraestrutura não é paga diretamente: paga-se a prestação desses serviços e a amortização da infraestrutura está embutida nos custos.

No seguinte modelo (que não foi utilizado em Madri, mas sim em outras comunidades autônomas), são incluídos também os sistemas de informação e o fornecimento do equipamento de alta tecnologia. Acreditamos que não seja vantajoso, pois, de forma geral, empresas construtoras valem-se desse tipo de modelo. E elas desconhecem tanto as necessidades de equipamentos quanto as de sistemas de informação dos centros de saúde, gerando conflitos.

Em um terceiro modelo, o gestor responde pela construção, manutenção do prédio e ainda presta os serviços de atenção à saúde para uma determinada população. E o último, um conceito mais avançado, abrange os serviços de atenção primária.

Gostaria de destacar os mecanismos de retribuição. Na concessão de obra pública, a retribuição para a concessionária ocorre por meio de uma quantidade máxima anual. É máxima porque o contrato inclui indicadores ou critérios de qualidade e de disponibilidade, cujo não cumprimento pode acarretar minorações no pagamento realizado à concessionária. Os mecanismos de retribuição, quando a concessionária é responsável pela gestão dos serviços de saúde, são feitos em uma quantidade definida por pessoa e por ano, semelhante ao que recebe um seguro privado pela cobertura de seus segurados. É uma modalidade de securitização.

Este sistema possui outra peculiaridade, que também apresenta riscos. Os contratos são semelhantes aos de seguros, mas a pessoa segurada pode optar por outro hospital. Nessa situação, é necessário conceder um desconto na prestação que é realizada no outro centro. Então, é cobrada uma taxa adicional pelo atendimento prestado. É o que chamamos de faturamento intercentros. Ele introduz um risco claro, uma vez que a qualidade na prestação do serviço de saúde precisa ser garantida para evitar a migração de seus segurados para outros centros, além de atrair pacientes que não estejam em seu contrato.

No novo modelo que atualmente está sendo desenvolvido, essa quantidade de securitização foi dividida em duas partes. De um lado ficou a retribuição pela infraestrutura e pelos serviços não sanitários. Do outro, o que seria estritamente o custo pela atenção à saúde. Quanto aos resultados globais obtidos no período de 2004 a 2011, houve um aumento na infraestrutura, nos sistemas de informação e na satisfação do cidadão.

Em um período de quatro anos, conseguimos dispor de oito hospitais em funcionamento. E no momento, mais três estão em fase de obras e devem entrar em funcionamento até meados do próximo ano. Um deles neste verão, outro no Natal e o terceiro, no próximo verão\*. Mais de 1,7 milhão de pessoas serão beneficiadas com um hospital mais próximo, em quartos individuais, com equipamentos de alta tecnologia, aparelhos de tomografia computadorizada, ressonância, mamografia e ecocardiograma. Foram mais de 120 equipamentos adquiridos por cerca de 160 milhões de euros.

A partir da construção de seis instituições, foram feitos três investimentos adicionais, um deles em sistemas de informação. Esses hospitais são ligados por meio de um anel de fibra óptica e também possuem um prontuário único, que disponibiliza todos os dados do paciente em tempo real, levando à unificação do prontuário na Comunidade de Madri. O uso do anel de fibra óptica permitiu a criação de um anel radiológico, com a finalidade de reduzir a quantidade de exames realizados e de utilizar mais eficientemente os radiologistas. O número de plantões e a presença física desses profissionais foram reduzidos por existir um só centro de diagnóstico, para o qual viajam as imagens, e não os pacientes.

Pesquisas de satisfação são promovidas anualmente e a aprovação dos pacientes com os novos hospitais, em média, chega a 87%. O Hospital Infanta Elena, o primeiro a incluir a gestão da atenção à saúde, tem um índice de satisfação de 90,5%. Essa porcentagem é bem mais alta do que a dos outros hospitais, mas a satisfação ultrapassa 80% em todos os casos. Comparativamente, os cidadãos estão mais satisfeitos do que estavam antes e, evidentemente, o hospital é acessado em um tempo muito menor. E o grau de satisfação nas consultas externas, no pronto-socorro e na hospitalização ultrapassa 75%.

Do ponto de vista econômico, conseguimos cumprir o prazo estipulado de 18 meses para erguer os hospitais e diminuir de 2% a 3% o custo dos modificados, isto é, das instituições onde houve solicitações ou mudanças em relação ao projeto inicial. O controle dos custos tornou-se viável. A construtora sabe que não irá receber nada além do que foi adjudicado em princípio. Ela mensura os custos e o prazo, pois não começa a receber os pagamentos até a infraestrutura ficar disponível. Quanto a resultados específicos do modelo de gestão, obtivemos sistemas mais flexíveis. As pessoas que trabalham nesses hospitais já não pertencem à categoria de funcionários públicos e o interesse delas em desenvolver suas atividades de forma mais eficaz é maior.

A administração pública precisa mudar a sua forma de fazer as coisas. Até o momento, ela era a prestadora direta do serviço, mas não apenas dos serviços médicos. Afinal, as pessoas que realizam os trabalhos de manutenção e limpeza, entre outros, também eram funcionários públicos. Agora, a administração muda o seu papel e passa a garantir a qualidade da prestação do serviço, seja por meio de gestão direta ou indireta.

Aprendemos que os contratos não podem prever tudo, ainda mais em um relacionamento de 30 anos. Mas eles precisam definir claramente quais são os direitos e as obrigações das duas par-

\* Estações referentes ao Hemisfério Norte

tes. Constatamos também que é imprescindível a determinação clara dos critérios de seleção para a oferta mais vantajosa, já que as regras do jogo precisam ser determinadas com antecedência.

Saliento que o PFI é um instrumento que pode ter diferentes modelos. Não há nada predefinido. Tudo irá depender de quais objetivos específicos um governo deseja atingir, quais os recursos existentes no país e qual modelo foi utilizado até esse momento. É um conceito totalmente flexível na implantação e no conteúdo. Há uma margem para transferir riscos da administração para o contratado, que incluem o risco na construção (pagamento adiado até a infraestrutura estar disponível) e o risco na disponibilidade e na demanda, ao se determinar no contrato o descumprimento de alguns itens e as possíveis penalidades.

Para finalizar, um aspecto extremamente importante desses contratos é o reequilíbrio econômico-financeiro. É óbvio que o custo, ao longo do período de vigência do contrato, é predeterminado. Porém, como comentei antes, nem tudo pode ser previsto. O reequilíbrio deve valer para a administração e também para o contratado, um elemento vital para manter esse relacionamento de incerteza ao longo de 30 anos.

## PPP na Saúde: Experiências e Tendências

### A Experiência Espanhola

Eduard Portella

Presidente da Antares Consulting de Barcelona

Em sua apresentação, Elena de Mingo explicou a experiência da Comunidade de Madri, muito significativa no âmbito internacional, pelo seu breve tempo de oito anos e grande volume de investimentos. Lá, foram disponibilizados onze hospitais novos e investidos milhões de euros em um centro de laudos de radiologia e em sistemas de informação. A experiência de Madri foi muito interessante porque foram testados quatro modelos diferentes de PFIs (Project Finance Initiative). Por esse motivo, eles são um laboratório para que se possa aprender tudo relativo à microgestão dos PFIs.

Quero recuar um passo e tentar ver outras implicações, em um âmbito maior, do que acontece com os PFIs. Eu posso realizar esse exercício pois, como consultores, acompanhamos alguns governos ao colocarem em andamento os PFIs e as PPPs (Parceria Público-Privada), além de orientarmos alguns parceiros na participação em licitações. Observamos essa realidade de ambos os lados da mesa e extraímos três mensagens essenciais, as quais gostaria de transmitir-las hoje.

Todos sabem que na PPP existem algumas características básicas e o intuito dela é mensurar os riscos e as responsabilidades a cargo de cada sócio. Sua duração é muito longa e o processo contempla o financiamento combinado entre as partes pública e privada. E, finalmente, toda a gestão de riscos está baseada no modelo de relacionamento entre o público e o privado.

Minha proposta é que, perante esse novo paradigma nas políticas públicas na área da saúde, pensemos no papel que a administração pública deve assumir, no papel do parceiro e em como deve ser estabelecido um relacionamento de longa duração proveitoso para ambas as partes. Essas são as mensagens que gostaria de compartilhar com vocês.

Tradicionalmente, a administração pública é responsável pela gestão dos recursos e dos processos, pela autorização, inspeção dos centros, credenciamento e gestão direta. E, para realizar essas funções de gestão direta, ela utiliza as leis, os decretos e a regulamentação normativa. Isto é feito de forma homogênea para o conjunto dos administrados.

Ao falarmos nos PFIs, um novo conceito de gestão pública, a administração transfere aos parceiros o gerenciamento de parte dos riscos. Assim, a administração precisa focar seu trabalho na gestão dos resultados no lugar de se dedicar à gestão direta dos processos e dos recursos. As pessoas, as competências profissionais, as ferramentas, bem como as formas de interagir, passam a ser totalmente diferentes.

Ao falar em resultados, o peso do aspecto jurídico é muito considerável. Eu não oficializo a transferência de um risco para um parceiro por meio de um decreto ou lei. Faço por meio de um contrato. Por isso os temas jurídicos são tão importantes, como demonstra a experiência de Madri, que colocou em prática quatro diferentes modelos de PPPs de acordo com a necessidade.

As PPPs também possibilitam diminuir custos da administração pública. Mas não devemos pensar que basta essa redução para torná-la mais eficiente. Acontece que, se seus conteúdos de trabalho, capacidades técnicas, habilidades e formas de se relacionar com o administrado (nesse caso, com o parceiro) não mudarem, teremos uma administração pensada para realizar uma função, mas que na verdade exerce outra muito diferente.

Portanto, uma administração pública lançada com a colaboração público-privada precisa pensar, além do concurso, no contrato técnico, na forma de valoração e de retribuição. Ou seja, além de levar em conta todos os temas de microgestão, também é preciso pensar nela mesma, em como se transforma e se organiza de uma forma diferente. Nesse novo modelo de gestão, não serve a administração pública de sempre: precisam ser redefinidos novos papéis, funções, habilidades e ferramentas de gestão diferentes.

A segunda mensagem refere-se ao outro lado da mesa, o parceiro. Quando olhamos os grupos interessados em participar da colaboração público-privada, grande parte – geralmente indústrias – costuma ter uma experiência maior com o produto do que com o serviço. Em geral, são horizontes de curto e médio prazo.

Algumas pessoas do mundo empresarial podem dizer: “nós já temos experiência em outros setores, como na gestão de rodovias. Com isso, o longo prazo, um modelo de negócio diferente, ou o serviço, já foram incorporados à nossa empresa”. É verdade. Porém, na saúde a complexidade é muito mais alta e o cenário, mais instável. Se esse modelo de negócio não ficar bem claro, o parceiro sofre e o relacionamento com a administração pública torna-se tenso. A parceria público-privada implica o desenvolvimento de novas capacidades.

Por um lado, a administração deve refletir e perguntar qual deve ser a forma de exercer esse novo modelo de gestão. Por outro, temos os parceiros, os quais precisam pensar que estão em um modelo de negócio diferente, de longo prazo, de risco compartilhado, mais focado em serviço do que de produto. É preciso levar em conta essas variáveis. Acredito que as experiências de PPP em outros âmbitos econômicos, principalmente no de infraestrutura, são completamente distintas às realizadas pela saúde, muito mais complexas.

E, finalmente, o terceiro tema importante é o relacionamento de longo prazo. A administração pública e os parceiros fazem um acordo para ficarem juntos por 30 anos e, nesse período, não sabemos o que acontecerá. Porém, tudo o que ocorrer influirá muito nos recursos e na organização. Isso significa que, nesse trajeto de longo prazo e de transferência de risco, ambas as partes terão de voltar a discutir esse relacionamento.

Não sabemos quais serão essas incertezas, só sabemos que elas existirão. Por isso, no modelo jurídico do contrato, devem estar previstos mecanismos de governança compartilhada, adaptados a esse cenário de mudanças. Do contrário, o relacionamento gera uma desconfiança mútua, o que compromete o sucesso do novo modelo.

Pela experiência que temos hoje na Espanha (breve, com no máximo dez anos), sabemos que a administração pública sofreu muito por não se enquadrar nas novas necessidades desse paradigma de gestão. Há muitos parceiros arrependidos de entrar nesse negócio, pois não souberam gerenciar



diante desse modelo. E ainda não temos exemplos do que irá acontecer em longo prazo, porque dez anos é pouco tempo.

Observei algumas experiências ocorridas em diversos países nos últimos 15 ou 20 anos, que tiveram um impacto muito grande na oferta de serviços ou em seu funcionamento. Ao analisarmos com as perspectivas e vivências que temos hoje, os desdobramentos podem parecer óbvios, mas não o eram na época em que estavam acontecendo. Para um relacionamento no qual as duas partes ganham, é necessário montar um sistema de governança compartilhada entre o parceiro e a administração pública.

Um desses exemplos é a Itália, onde o número de leitos hospitalares diminuiu 40% de 1996 a 2006. Desapareceram 141.000 leitos no sistema de saúde, cujas causas foram redução da média de permanência, alta da taxa de ocupação e aumento da ambulatorização. É o que o país queria. Alguns disseram que essa redução de leitos aconteceria, mas ninguém supunha que chegaria a 40%.

Se você tivesse sido um parceiro da Itália em 1996, hoje seu recurso estaria sobredimensionado e a administração pediria para rediscutir a captação ou a forma de financiamento. E a resposta poderia ser “sim, mas estou fazendo mais ambulatorio, a taxa de ocupação é mais alta, a rotatividade nos leitos é maior e as operações são mais complexas”. No ano de 1996, o governo italiano projetou esse esforço e perseguiu esses resultados, mas nunca projetou tamanha diminuição do parque hospitalar.

Na região de Valencia, um grupo espanhol mantém um total de 22 hospitais, que, juntos, possuem 8.800 leitos. Nessas instituições, em um período de cinco anos a média de permanência diminuiu apenas 0,5 dia. O impacto dessa redução é mínimo: é um objetivo para cinco anos que todos nós aceitaríamos. Mas foi suficiente para diminuir em 556 o número de leitos.

Se aqui existissem hospitais em PPP, todos nós aceitaríamos esse objetivo, que parece ser facilmente atingível. Mas é brutal o impacto de um pequeno indicador de desempenho e de uma discreta melhora como 0,5 dia na média de permanência. Em Valencia, isso levou a uma redução de 7,5% do parque hospitalar. Em apenas três anos, 63% das cirurgias tradicionais foram substituídas pelo atendimento ambulatorial. Antes, essa substituição era expressiva em alguns hospitais e mínima em outros. Mas esse desequilíbrio também caiu consideravelmente.

Todo esse cenário apresenta impactos financeiros imediatos. Aumenta o número de salas de cirurgia ambulatorial, de vagas no hospital, os espaços para a família e as tensões logísticas, entre outros, pois a rotatividade de paciente é mais alta. É claro que, se esses hospitais tivessem esse modelo, o financiamento previsto na colaboração público-privada precisaria ser revisto.

Em apenas três anos, o contexto e a forma de trabalhar mudaram, tornando necessário discutir novamente essa parceria. E, embora esse dado seja muito pequeno, é muito relevante: na mesma rede, em apenas dois anos, duplicou o número de pacientes hospitalizados em casa (de 0,4% em 2008 para quase 1% em 2010). Esse aumento pode significar uma diminuição dos leitos ou, simplesmente, dinamiza a atividade sem ampliação do hospital. Pagar por metro quadrado não modifica o financiamento, mas a atividade será muito mais intensa.

Essa é uma atividade complexa, pois há problemas logísticos, tais como o transporte de profissionais e a necessidade de mais equipamentos. Também há mais equipamentos que precisam

receber manutenção na casa dos pacientes, o que é mais complicado de ser feito do que no hospital. E, por serem usados por muitas pessoas, eles sofrem desgaste mais facilmente. As despesas são muito mais elevadas quando comparadas ao período em que experiência começou. Em dois anos, duplicou o atendimento do hospital em casa, o que modifica o nível de atendimento e o próprio dimensionamento dos recursos.

Existe outro dado. Em três anos, nessa rede de hospitais que utiliza o prontuário eletrônico compartilhado entre os médicos, 28,7% dos históricos clínicos contêm anotações do profissional especialista, bem como do médico da atenção primária. Portanto, é um prontuário realmente compartilhado. O fato de que, em três anos, quase um terço dos prontuários tiveram anotações de ambos os níveis de atendimento, faz-me pensar que, provavelmente, as estratégias de telemedicina irão se desenvolver muito mais rápido do que pensamos. Eu procurava um indicador da difusão da telemedicina (pois os existentes são muito primários) e achei essa relação.

Saliento mais uma vez a rapidez com a qual cerca de 30% dos prontuários começaram a apresentar anotações de dois níveis de assistência. Eles não compartilham nada como organização, somente o mesmo paciente e suas informações. Esses procedimentos de colaboração profissional fazem com que o hospital também se modifique, pois não sabemos o que acontecerá em cinco anos, sabemos apenas que irá mudar. E esse é um dos fatores que tornam o sistema de saúde tão interessante intelectualmente, ao menos para mim.

Nos Estados Unidos, houve redução da média de permanência e aumento da taxa de admissão hospitalar, que consiste no número de admissões hospitalares por cada milhão de habitantes (desde 1993 até os dias atuais). A média de permanência que sempre diminuiu desde 1985, quando começaram a ser implantados os DFGs, atinge a estabilidade em 2002 e permanece em 4,6. É a média registrada por todo o parque hospitalar norte-americano, público e privado. No entanto, a porcentagem da admissão nesses hospitais não deixou de aumentar.

Uma terceira variável é a porcentagem de ambulatorização, que também parou de aumentar. Segundo especialistas, o paciente de hoje nos Estados Unidos é muito mais complexo do que o paciente de alguns anos atrás. E isso significa elevação dos custos. Portanto, se for estabelecida uma colaboração público-privada de 30 anos (e se não for previsto que em algum ano haverá uma mudança no perfil do cliente, no dimensionamento do recurso, na forma de organização, nos equipamentos médicos e no custo do episódio de hospitalização, entre outros), a administração pública e o parceiro não poderão manter esse relacionamento e o resultado será um “divórcio”. Porém, nos contratos de colaboração público-privada, o divórcio não está previsto. Por isso, será preciso pensar em um sistema para gerir tal incerteza, pois estamos certos de que ela existirá.

Em até dois, três ou cinco anos, mudanças brutais afetam a natureza da nossa própria atividade. Mas tais alterações não podem ser previstas no contrato de parceria público-privada. Sabemos que elas ocorrerão, pois o ciclo de vida das inovações é muito curto e a difusão das inovações, diferente de antes, é muito rápida. Pelo ciclo de vida curto e pela difusão muito rápida, o impacto dessas inovações nos recursos, na organização ou nos custos será muito alto.

Se não previrmos um sistema para atualizar esse relacionamento, surgirão conflitos. Hoje não

sabemos o que acontecerá, mas temos a certeza de que algo está por vir. De fato, em 30 anos nascerão muitas situações, não apenas uma. Algumas delas foram apresentadas aqui ou serão parecidas. Mas outras são completamente novas e não podemos imaginar como influenciarão na dotação de recursos.

A Sra. Elena de Mingo expôs uma experiência concreta de um governo que fez um esforço, teve a honestidade de criticar a si próprio e de fazer quatro modelos diferentes. Provavelmente, eles não farão muitos mais, senão ganharão o Prêmio Nobel da colaboração público-privada, mas pode-se aprender muito com um governo que faça esse exercício, sempre no plano da microgestão.

Meu intuito é mostrar que pode ser feita outra análise: a administração pública, com uma nova gestão, precisa mudar sua organização. O parceiro precisa adaptar-se a novos modelos de negócio. E depois, se pretenderem ficar juntos por 30 anos em um cenário repleto de mudanças e incertezas, deverão procurar um sistema de confiança mútua para se adaptar a esses ambientes.

Infelizmente, não posso mostrar problemas devido a mudanças no ambiente nos últimos anos, pois os hospitais iniciaram seu funcionamento progressivamente e não possuímos dez anos de experiência com 11 hospitais (alguns deles, inclusive, vão começar em breve a atuar nesse modelo). E também não temos esse tipo de experiência. Sabemos que, pelo fato de a administração não ter adotado a mudança interna ou pelos parceiros não terem se adequadado ao modelo de negócio, existe um desencantamento mútuo.

Às vezes, as críticas contra o modelo não se devem ao modelo em si, mas sim à má condução da parceria. O problema não está no concurso, na forma de avaliação ou no cálculo financeiro, e sim em questões básicas: como adaptar a administração pública, como se adaptar a um modelo de negócio novo, e também como pensar uma governança compartilhada para enfrentarmos a incerteza em nosso ambiente.





# MESA REDONDA

Álvaro Escrivão  
Junior - moderador

Fernando Luiz  
Abrucio

Mara Clécia Dantas  
Souza

Vera Cristina C.  
Monteiro

## PPP na Saúde: Experiências e Tendências

---

### A Experiência Nacional

Álvaro Escrivão Junior (moderador)

Coordenador-adjunto do GVsáude

Para falar sobre a experiência nacional, convidamos o Professor Fernando Luiz Abrucio, nosso colega na EAESP. Graduado em Ciências Sociais, mestre e doutor em Ciência Política pela Universidade de São Paulo, é coordenador do curso de graduação em Administração Pública e Governo. Abrucio é colunista da revista Época, do jornal Valor Econômico e conta com vários prêmios e trabalhos publicados em revistas científicas.

Também participa do debate Mara Clécia Dantas Souza, graduada em Engenharia Elétrica pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Engenharia Biomédica e doutora em Saúde Pública pela mesma instituição. Atualmente, leciona na UFBA e atua como diretora da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia na área de avaliação em tecnologia e inovação. Mara apresentará a experiência de PPP na Bahia.

Vera Cristina Caspari Monteiro é bacharel em Direito pela Faculdade de Direito da PUC-SP, coordenadora e professora do curso de especialização em Direito do programa de educação continuada da Fundação Getúlio Vargas (FGV). Tem experiência no campo do direito administrativo, com produção acadêmica no tema da parceria público-privada.

## PPP na Saúde: Experiências e Tendências

### A Experiência Nacional

Fernando Luiz Abrucio

Coordenador do Curso de Administração Pública da FGV-EAESP

A discussão sobre Parceria Público-Privada (PPP) está baseada na nova administração pública e em como podemos pensar em novos modelos de gestão. Não sou especialista na área de saúde, pois trabalho com gestão pública de modo geral. Mas se pensarmos quais são as características centrais da nova gestão pública, é possível dizer que existem três.

A primeira é o que podemos chamar de uma gestão para resultados, que deve se orientar mais por critérios de desempenho do que por normas e procedimentos. Essa é uma definição genérica em torno da qual podem ser construídos muitos modelos institucionais.

Não há um único modelo para pensar na gestão pública em relação à provisão de serviço público. Na saúde, por exemplo, há muitas diferenças na provisão de saúde no modelo inglês, no espanhol, no australiano e no norteamericano. Mas há similaridades quanto ao objetivo fundamental de gerenciar a partir de resultados e desempenho. Isto também ocorre na educação e em outros setores.

A segunda característica seria a construção de um modelo organizacional mais flexível, que alguns autores definem como pluralismo institucional. São diversos modelos institucionais e organizacionais, e não um único modelo. Nesse contexto estão enquadradas a descentralização, novas redes de relacionamento entre Estado e sociedade e modelos organizacionais de provisão de serviços públicos variados, incluindo a questão da PPP. Esse é outro aspecto importante: o modo como se pode estabelecer modelos de pluralismo institucional capazes de produzir tipos diferentes e flexíveis de provisão de serviços públicos.

E a terceira característica está relacionada às novas formas de *accountability*. Há uma ideia muito clara segundo a qual é preciso ter, além das formas clássicas de *accountability* – a eleitoral e as formas de controle por normas e procedimentos –, mecanismos de responsabilização baseados na participação da sociedade na deliberação e no controle dos serviços públicos e, especialmente, no controle por resultados. Ou seja, instrumentos que estabelecem *accountability* dos governados com os governantes vinculados a indicadores de desempenho organizacional na provisão dos serviços públicos.

Essas três características são fundamentais para pensar em mudanças como as PPPs. Tomá-las como um norte é importante, pois só se chegou a uma discussão como esta devido a um diagnóstico de como funcionava a gestão pública até então. Concluiu-se que a gestão orientada por normas e procedimentos já não respondia mais às necessidades da sociedade e dos cidadãos. Quando se propõe um modelo mais flexível, o diagnóstico era que havia antes um modelo homogeneizador e engessado, e isto dificultava as organizações na tarefa de atender ao enorme dinamismo e incerteza das sociedades contemporâneas, bem como as demandas crescentes dos cidadãos por qualidade e agilidade.

Portanto, foi proposto um modelo mais flexível, de pluralismo institucional, pra lidar com os problemas da gestão pública. E, por fim, quando se fala que é preciso ter outras formas além das clássicas de *accountability*, significa que a gestão pública precisa ser controlada pelo mecanismo eleitoral e pelo mecanismo de controle de procedimentos básicos, mas também precisa de controles sociais e de resultados.

A PPP só pode ser entendida nesta situação. É bom começar dessa forma para que não se traduza de imediato a PPP como uma espécie de privatização. Ou melhor, uma forma de dizer que a gestão pública não é capaz de resolver os dilemas da coletividade. Até agora, não se inventou instrumento melhor para lidar com o dilema da coletividade do que o Estado e a gestão pública. A questão é como aperfeiçoar, criar um *aggiornamento* na gestão pública capaz de lidar com os novos dilemas. Nesse sentido, traduzir PPP como privatização ou como Estado ineficaz e ineficiente não parece a melhor maneira de realizar esse debate.

Este *aggiornamento* não significa que outras características básicas da gestão pública tenham deixado de existir. Quando falamos que a gestão precisa ser orientada por resultados, não significa dizer que ela não está pautada pelas obrigações da legalidade. Um trabalho famoso do professor Christopher Pollitt, cujo título é *Desempenho ou Legalidade?*, mostra que o desafio é dar conta dos dois lados. O que se deve fazer é construir um arcabouço normativo direcionado para a transparência, para os resultados e indicadores que sigam as preferências dos cidadãos. É isso que se percebe na experiência internacional. Claro que é essencial ainda ter algum tipo de controle normativo e procedimental, mas o problema é que, às vezes, a necessidade de ter estes dois lados gera alguns conflitos.

Um dos maiores problemas da nova gestão pública nas formas de contratualização – e a PPP é simplesmente uma forma de contratualização – diz respeito aos controles procedimentais. Não é tão simples construir os controles procedimentais dessas novas formas diante da necessidade de responder à legalidade do Estado de Direito.

Primeiro porque os controles procedimentais estavam preocupados em acompanhar os procedimentos, e não os resultados. E os controladores, que têm passado por uma transição nada fácil nos últimos 20 anos, demoram um bom tempo para mudar de estação. No caso do Brasil é muito complicado, pois o nosso Direito Administrativo muitas vezes acredita que a realidade da gestão é apenas um “detalhe” e os procedimentos são mais importantes. Há um conflito muito grande na relação entre controle e novas formas de gestão. No Brasil, isso fica muito claro nos conflitos permanentes entre os Tribunais de Contas e o Ministério Público.

É possível entender parte desse conflito. No caso do Brasil, com a redemocratização e em particular com a Constituição de 1988, o País começou um caminho mais claro para criar, de fato, um Estado como organismo público, republicano. O que não era uma realidade no Brasil e ainda não é em parte do País. Os promotores e conselheiros dos Tribunais de Contas ficaram com a função, foram imbuídos de fazer valer o público em um País no qual o privado prevalecia. Diante desse movimento histórico, no qual de fato há exageros, o Ministério Público e o Tribunal de Contas ainda não entenderam essas novas formas de gestão. Se não trouxermos o controle para esse debate, não será possível mudar o modo como se enxerga a contratualização no Brasil.



## PLURALISMO INSTITUCIONAL

Quando falamos em gestão por resultados, precisamos pensar que parte do Estado de Direito democrático ainda estará norteado por procedimentos e normas legais. Estes são fundamentais e serão ainda melhores quanto mais contemplarem os desejos dos cidadãos. Mas esse processo de transição tem sido longo e negociado em todos os países.

Quando falamos em pluralismo institucional e flexibilidade organizacional, isso não significa que o Estado não deve ter algumas características de estabilidade e permanência. Aliás, o que define o Estado são algumas características de estabilidade e permanência. Ele nunca funcionará da mesma maneira que o setor privado. O que o Estado pode fazer é melhorar seu desempenho e utilizar um modelo de colaboração, de *collaborative governance* com o setor privado, com os setores sociais para produzir melhor o seu trabalho de provisão dos serviços públicos.

Esse pluralismo institucional precisa conviver com algumas regras básicas de estabilidade e permanência do Estado, que as autoridades terão que respeitar. É outro conflito que vai estar sempre presente nesta relação. E as novas formas de *accountability* não podem ir contra as formas tradicionais. A *accountability* por controle social e por controle de resultados são essenciais, mas não podem ser contrárias à *accountability* eleitoral nem à *accountability* dos procedimentos. Isso também gera conflitos. A relação entre governo e Estado é conflituosa. Deve-se considerar que essas mudanças têm tensões e, ao invés de colocá-las para debaixo do tapete, é melhor lidar e aprender com elas.

Diante desse diagnóstico, com novos objetivos de um lado e, de outro, as tensões resultantes da convivência com esses objetivos, o setor público e a sociedade precisam se preparar. Qualquer mudança maior no que se refere à reformulação da provisão dos serviços públicos, por meio de mecanismos de contratualização como as PPPs, envolve também uma alteração no funcionamento da gestão pública e na forma como a sociedade se organiza. Dito de outra forma, se quisermos ter modelos de contratualização melhores, o primeiro lugar a se transformar não é o provisor privado ou o parceiro social, e sim o próprio Estado e a gestão pública.

Pela experiência internacional, a contratualização dá certo quando o Estado tem um núcleo estratégico bem organizado, quando há capacidades governativas fortes. Do contrário, o resultado é desastroso. Em São Paulo, tivemos uma experiência na década de 1990 chamada de Plano de Atendimento à Saúde (PAS), que fracassou porque a gestão pública não estava preparada. Por várias razões, o Estado não estava apto a criar nenhum mecanismo de contratualização.

Às vezes, precisamos repassar a gestão a um ente privado porque sua organização é mais flexível e orientada por desempenho. Será que não é preciso modificar as formas de organização dos estatutos de funcionários públicos? E as normas e procedimentos dos controles, que identificam se os servidores públicos cumprem a vírgula X ou vírgula Y no lugar de mudar a legislação, para que eles cumpram o que é efetivamente importante para os cidadãos?

O que temo neste debate é a seguinte posição: o Estado precisa funcionar do modo como está, de forma ineficiente, engessada, homogênea, apenas cumprindo normas para agradar aos controladores, enquanto o resto vamos passar para setores sociais e privados. Não. Acho que só teremos

um bom modelo de *collaborative governance* com o setor privado ou o setor social quando o Estado também mudar o seu modelo de funcionamento. Esse é o ponto.

É preciso também reformular a gestão pública, torná-la mais dinâmica, ágil e eficiente, para não termos dois mundos completamente distintos. Obviamente, na luta pelo poder, isso vai dar problema. Não há como pensar o contrário. Se a gestão pública continuar tradicional, terá muito problema na relação com qualquer forma de contratualização ou parceria. Ela tem que se modificar.

É necessário criar novas habilidades, competências, um novo *modus operandi*, a fim de que a gestão pública seja capaz de estabelecer mecanismos de contratualização, que não pode ser uma fuga do modelo tradicional da administração pública. A contratualização deve chegar acompanhada da mudança no modelo de gestão. Até porque, quando se fala em pluralismo institucional, o pressuposto é que é possível haver competição entre provedores privados e organizações sociais e estatais. Para que isso ocorra, é preciso melhorar a gestão em todas as formas institucionais de provisão de serviços públicos. Além disso, se jogarmos toda a provisão apenas para um tipo ou para um ator social, teremos menos parâmetros para avaliar a qualidade dos provedores.

É interessante que o último texto escrito pelo professor Max Weber, um dos fundadores da teoria da burocracia, revelava um dos seus temores: ele dizia que a burocracia era meritocrática, técnica, e poderia ser selecionada e avaliada enquanto tal. Mas que parâmetro eu tenho para dizer que ela é tecnicamente melhor do que outras? Nesse sentido, o pluralismo institucional funcionará melhor quanto mais houver modelos diferentes, entre os quais até o modelo estatal. Aí está um aspecto interessante. Acho que, às vezes, adotamos o pluralismo institucional novamente como uma fuga do modelo tradicional de gestão pública. Prefiro adotar o pluralismo institucional como modelo em que haja a competição como parâmetro e partir da qual possamos alimentar uma governança mais colaborativa entre o Estado e a sociedade. Esse é um critério importante, sobretudo em um mundo sob enorme transformação.

Claro que esta não é apenas uma transformação do governo, mas também da sociedade. O norte-americano John Donahue escreveu um livro recente sobre *collaborative governance*, analisando os mecanismos de parceria entre Estado e setor privado em várias partes dos Estados Unidos. O autor coloca a seguinte questão: em um ambiente com tantas transformações e incertezas, nem os atores estatais públicos, nem os atores privados têm a resposta de antemão. E completa: uma das melhores alternativas para estabelecer um mecanismo nessa relação é ter instituições sociais vinculadas a universidades, centros de pesquisa ou institutos independentes, que de tempos em tempos possam discutir critérios e parâmetros. A avaliação será constante e o aprendizado institucional poderá efetivamente emergir.

É fundamental que a sociedade se prepare pra esse novo modelo. Se não houver atores sociais além dos contratantes, teremos menor *accountability*, o terceiro ponto da nova gestão pública. Porque, de fato, por mais que se identifique uma melhora na provisão de mecanismos contratualizados na área de saúde em todo o mundo – como nos casos espanhol, britânico e brasileiro –, o desempenho é melhor quando comparado ao setor estatal. Não se sabe, ainda, se tal desempenho não pode ser mais aperfeiçoado para atender às demandas dos cidadãos.

A *accountability* incentiva o debate sobre desempenho. Algumas das mudanças que ocorrerão no sistema de saúde virão, na verdade, de pressões difusas e modos de vida que a sociedade vai escolher. Um novo cenário não será determinado pelo Estado ou pelo cliente privado da PPP. Ele só será possível se construirmos fóruns, sociais e acadêmicos, com discussões constantes sobre os mecanismos de contratualização.

Alguém poderia dizer que as eleições constituem um melhor mecanismo para isso. Elas são fundamentais, mas estamos pensando em um período de tempo muito maior. Estamos pensando que decisões como essas não podem acabar simplesmente no dia da eleição, pois, como diria Rousseau, seremos escravos no dia seguinte. Arenas e fóruns permanentes devem estimular a discussão da contratualização. E nesse sentido, a área de saúde é muito sensível, visto que as transformações sociais e demográficas ocorridas no mundo vão mudar o modelo dos próximos 20 anos.

A melhor maneira de evitar ou reduzir as incertezas não está apenas no contrato entre o Estado e o provisor privado. Está em manter uma discussão em arenas sociais mais amplas. Em construir entidades independentes com poder de fiscalização a partir de metas e indicadores. O contrato, inegavelmente, não sobreviverá a 30 anos. Contratualização não representa um contrato fixo, senão cairemos nas normas e procedimentos que não funcionam. Devemos ter capacidade de mudar os contratos ao longo do tempo. E o único modo de transformar essas contratualizações num mecanismo de longo prazo. Em suma, mais do que só reformar o governo, é trazer a sociedade ao debate.

## PPP na Saúde: Experiências e Tendências

### A Experiência Nacional

Mara Clécia Dantas Souza

Assessora Especial do Gabinete do Secretário de Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Na Bahia, nosso hospital foi inaugurado em setembro de 2010 e completamos oito meses de funcionamento. Farei uma apresentação geral da instituição com algumas discussões mais específicas do nosso processo de PPP (Parceria Público-Privada). Para contextualizar, no governo de Jaques Wagner, encontramos um sistema de saúde fragilizado, com muitas deficiências na assistência direta à saúde, e precisamos realizar grandes investimentos. E esta será uma das justificativas para a necessidade de uma PPP no futuro.

Ampliamos as unidades de Saúde da Família, estamos em processo de construção de 48 unidades de pronto atendimento e aumentamos para 1.200 o número de leitos hospitalares nos primeiros quatro anos. Incrementamos também em 80% a oferta de leitos de UTI no Estado, e ainda não chegamos nem na metade do que deveríamos ter. Esta ainda é uma situação trágica.

Reformamos e expandimos nossa rede de unidades hospitalares. Mesmo que não tenha havido uma reforma geral, em cada uma delas, interviemos em partes importantes. Investimos em torno de R\$ 60 milhões em equipamentos novos, dobramos a capacidade de atendimento psicossocial às pessoas portadoras de necessidades especiais e triplicamos o atendimento às especialidades odontológicas.

Contratamos mais de 11 mil funcionários, incluindo cerca de 2,5 mil por meio de concurso público e outras por seleção pública, pelo Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) e outras por diversos tipos de modalidade de contratação de serviço público. Também ampliamos o SAMU, em benefício de 8 milhões de baianos, e implantamos vários serviços nos polos macrorregionais. Colocamos em prática nosso programa de internação domiciliar, que já avaliou mais de 5 mil potenciais pacientes, e hoje já atendemos mais de 2,5 mil em regime domiciliar.

A Bahia tem uma peculiaridade, pois a descentralização do Sistema Único de Saúde não acontece de forma eficiente. Ainda atendemos a Secretaria de Saúde do Estado, com 46 hospitais e unidades de emergência e dez centros de referência. Isso significa que temos uma carga assistencial muito significativa. Temos muitos hospitais de pequeno porte, com 30 ou 40 leitos e lógica incompatível com a descentralização do SUS. Mas as nossas prefeituras também são muito pobres e enfrentam dificuldades para receber esses hospitais tutelados pelo Estado. Salvador está a 800 km de hospitais pequenos em Ibotirama ou Santa Rita de Cássia, o que dificulta muito o acompanhamento da produção e do atendimento à população.

Em contrapartida, aumentamos o custeio na saúde. A Secretaria de Saúde do Estado, no último ano de gestão, bateu 13,8% do orçamento na área de saúde – acima do que está preconizado na Emenda Constitucional 29. Gastamos R\$ 1,5 bilhão em assistência prestada pelas unidades esta-

duais, sejam elas de gestão direta ou gestão indireta (os recursos do Ministério da Saúde cobrem em torno de 30% das despesas que temos nas nossas unidades de saúde). Ou seja, o Estado precisa completar em torno de 70% do valor, o que esclarece em parte a resistência dos municípios em receber os hospitais para fazer a gestão completa no seu território.

Salvador, quando nós assumimos em 2007, tinha uma situação extremamente particular. Acredito ser uma das poucas capitais do Brasil em que toda a assistência, urgência e emergência hospitalares são prestadas pelo Estado. O município tem algumas unidades de emergência, mas de baixa complexidade. Um corte, uma dor de cabeça, uma diarreia, ainda assim, estão extremamente restritos a algumas áreas. Toda a assistência de urgência e emergência é prestada pela Secretaria Estadual da Saúde. O último hospital de emergência construído na capital tinha sido o HGE, há 20 anos, e a população cresceu substancialmente neste período.

Então, chegamos a um dilema: construímos cinco hospitais nesses quatro anos e, apesar do que estávamos fazendo, temos algumas limitações. Mesmo antes dessas inaugurações, já estávamos no limite para gastos com pessoal segundo a Lei de Responsabilidade Fiscal. Não se pode comprometer mais de 60% dos gastos com pessoal, mas já atingimos 45%. A qualquer variação na arrecadação de impostos ou uma crise, correríamos o risco de exceder o percentual e descumprir a lei. Diante disso, a opção seria contratar pelo setor privado, por meio de OS (Organização Social), PPP ou pela própria iniciativa privada.

Temos 11 hospitais geridos por meio de OS. Temos uma carteira de parceiros bastante diversificada. Vários parceiros da Bahia e de outros estados têm sido nossos companheiros na luta em defesa do SUS, mas a nossa forma de contratação é restritiva. Primeiro porque não envolve investimento. Segundo porque, como é um contrato de curto prazo (um ano), o parceiro tem muita dificuldade de captar profissionais de áreas específicas, como cirurgia pediátrica, cardíaca e neurocirurgia.

Há ainda dificuldade de captar profissionais de outros estados, para trabalhar por um período curto na Bahia.

Além disso, as OS não incluem nenhum tipo de investimento. No primeiro ano, conseguimos mudar o contrato em negociação com Procuradoria e incluímos até 10% de investimentos para a substituição de equipamentos, pequenas reformas feitas pelo parceiro privado e aprovadas pela área técnica da Sesab. Mas a nossa avaliação é de que, como os equipamentos não pertencem ao parceiro privado, eles preferem colocar seus recursos em outras áreas e deixam um pouco a desejar na gestão do parque tecnológico que colocamos nas unidades. E esse parque tecnológico degrada-se rapidamente, obrigando-nos a uma reposição muito rápida. Pela Lei 8666, e pela própria lei estadual de licitações (Lei 9433), não se consegue comprar nada em um prazo inferior a quatro meses. Então, fico quatro meses sem desfibrilador ou sem uma máquina de hemodiálise.

Outra alternativa que tínhamos encontrado na Secretaria era a contratação de empresa privada (seis unidades), mas o Tribunal de Contas e a própria Procuradoria nos criaram empecilhos para repetir esse modelo. Primeiro, entende-se que a terceirização da atividade-fim da Secretaria não é permitida, diferente da contratação de uma OS, que já tem experiência com as suas próprias unidades de saúde. Não temos uma lei específica para isso.

Antes de superarmos nossas questões ideológicas sobre um partido de esquerda fazer uma PPP, tentamos criar também uma fundação estatal, na perspectiva de entender que uma fundação estatal pública é regida pelo direito privado (e com isso, poderia não contabilizar no limite da contratação de mão de obra). No entanto, a Secretaria da Fazenda entendeu que não seria muito prudente o governador colocar em risco sua eleição, se os órgãos de controle não concordassem que a contratação de pessoal, por meio da fundação estatal, trouxesse impactos negativos no cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Mesmo no governo do PT, resolveu-se fazer uma PPP, o que para nós representou um desafio interno bastante significativo. Mas o secretário Jorge Solla é uma pessoa arrojada e, para ele e a maior parte dos profissionais da Secretaria de Saúde, é importante que o SUS mantenha seu atendimento público, gratuito e universal. Se o prestador de serviço é uma instituição privada de qualidade, não há nenhum problema em se fazer uma parceria com esse tipo de lógica. Então, instituímos nossa primeira PPP.

Fizemos um estudo de PPP para dois hospitais. Um era o Hospital da Criança, com o qual depois optamos por fazer OS, e o outro foi o Hospital do Subúrbio. Este fica no subúrbio ferroviário, uma das áreas mais pobres da capital, e abrange uma população de 600 mil habitantes no próprio território e mais 400 mil em outros bairros e nos municípios vizinhos. É uma área de grande densidade populacional, muito próxima à BR-324 que liga Salvador a Feira de Santana, o segundo maior município do Estado, onde acontecem muitos acidentes. Essa localização serviria para evitar que, num acidente na BR-324, o paciente atravessasse a cidade inteira para ser internado no Hospital Geral do Estado (HGE). Além disso, o Hospital do Subúrbio seria o único com heliponto.

O novo hospital ocupava uma área de proteção ambiental, mas nunca esperávamos encontrar 100 toneladas de resíduos tóxicos ali enterrados. Quando começamos construí-lo, tivemos de fazer uma limpeza da área. É uma região extremamente pobre, com renda média das famílias menor do que 1,2 salários mínimos. É uma área com muita violência que exigia um hospital.

O perfil da instituição é de urgência-emergência, com planejamento inicial para 20 leitos de UTI adultos, 10 de UTI pediátricos, 20 semi-intensivos adultos e 10 de semi-intensivos pediátricos. Tudo com o apoio diagnóstico típico: eletrocardiograma, endoscopia, tomografia, ressonância, anatomia patológica, laboratórios de análises clínicas, equipamentos de raios-X e diversas outras áreas.

O hospital tem 19 mil m<sup>2</sup> e seu custo girou em torno de R\$ 2,5 mil por m<sup>2</sup>. Com isso, decidimos fazer uma contratação de PPP diferente do modelo tradicional, que compensava a falta de recursos do Estado. Não era o nosso caso. Tínhamos investimentos para fazer o hospital. Quando foi efetivada a PPP, a construção já havia sido iniciada.

A primeira vez em que ouvimos falar de PPP ocorreu em uma viagem do secretário à Espanha. Ele é de origem espanhola, da Galícia, e estava viajando com o governador. A Comunidade Autônoma de Madri fez a apresentação desses sete hospitais que estavam em construção. Ele ficou encantado com o fato, mas não conhecíamos a lei das PPPs do Brasil. Então, tivemos

um encontro maravilhoso com a Secretaria da Fazenda e vimos que havia a possibilidade de fazermos algo semelhante na Bahia.

Dentro de uma área sem acesso viário adequado, o hospital é basicamente horizontal, com apenas um pavimento superior com área administrativa e a parte das internações. Como o subúrbio é uma área densamente povoada, levaríamos um ano ou mais só para fazer a desapropriação. E como era uma promessa de governo, decidimos utilizar a área onde a construção era possível e fizemos o acesso viário, algo muito mais prático do que a desapropriação.

A Lei de PPPs da Bahia define que é preciso ter pelo menos um grupo executivo intersetorial com a Secretaria da Fazenda e a Secretaria interessada, com a participação da Secretaria do Planejamento, da Procuradoria Geral do Estado, da Secretaria da Administração e da Casa Civil. Esse é o grupo que monitora o trabalho dos coordenadores, que nesse caso são a Secretaria da Saúde e a Secretaria da Fazenda. Nós temos uma unidade de PPP muito ativa na Bahia em parceria com a Secretaria de Saúde. Usamos uma estratégia bastante proveitosa – um programa do governo federal via BNDES, que consiste em um fundo de US\$ 20 milhões. Qualquer ente público pode pleiteá-lo para financiar a elaboração de projetos com pequena partida; depois, a recomposição do fundo fica por conta do parceiro privado. O IFC, um braço do Banco Mundial, foi nosso consultor contratado.

O projeto inclui instalação, montagem e operação do hospital pelo parceiro privado, com reversão de alguns bens no final. Por que não contemplamos a reversão de todos os bens no fim do projeto? É um projeto de dez anos e entendemos que a vida útil dos equipamentos médicos nesse período estará completamente exaurida. Não faz sentido algum receber esses equipamentos desgastados após dez anos. Com isso, consideramos melhor que os equipamentos fixos fossem revertidos para nós ao final do projeto e os de menor porte, repostos por um novo parceiro nos dez anos seguintes ou pelo mesmo parceiro se nós prorrogássemos o contrato.

Este foi o caminho, porque também não fazia sentido o parceiro que estava saindo comprar novos equipamentos para o novo parceiro. Daqui a dez anos, vamos renegociar o contrato com esse parceiro e, se ele ganhar e for vantajoso para o Estado, ele mesmo efetua a compra. Caso contrário, o próximo parceiro, se selecionado com antecedência, terá tempo para adquirir os equipamentos e fazer a reposição.

Apesar de o nosso modelo ser bem diferente do de São Paulo, ele pressupõe uma licitação pública com convocação de parceiros de todo o Brasil. A nossa procuradoria sente-se muito mais confortável com a lei de PPP, pois existe uma lei federal e uma lei estadual. E o discurso do governador preconizava a modernização dos serviços públicos. E pensávamos, como o professor Abrucio comentou, que uma PPP pode ser um farol para melhorar a qualidade da rede pública de saúde.

Uma das premissas que acordamos com os nossos consultores era de que o foco do hospital seria a qualidade. Ele não deveria ser uma ilha de excelência: estaria inserido na rede estadual, teria um trabalho, uma base de projetos terapêuticos e foco não só em plantões, nos quais os médicos veem seus pacientes a cada sete dias. O hospital estaria fortemente ancorado na gestão por resultados. Esperávamos com isso atrair e selecionar parceiros de alta qualidade, com o menor preço possível e maior eficiência de ganhos.

Quais eram as vantagens das PPPs para o Estado da Bahia em um primeiro momento? Primeiro, o pagamento das OS antecipado. Eu contrato a OS, pago, ela gasta o dinheiro e no fim do mês eu retorno. Aqui, temos o pagamento após a prestação do serviço, após a compra dos equipamentos e após o início da operação. Outro ponto positivo era a flexibilidade, que nos permitia adequar o projeto nesses dez anos em função de quaisquer mudanças na realidade local e nacional. Foi uma solução baseada em uma consultoria de um órgão que tem respaldo internacional.

Foi transferido ao parceiro privado o investimento inicial em equipamentos, o que aliviou nossa pressão por gastos para a finalização do Hospital da Criança. Além disso, foram inseridas no contrato pequenas reformas e algumas ampliações necessárias ao bom funcionamento do hospital. A responsabilidade é do parceiro privado. A atualização tecnológica no quinto ano também é responsabilidade do parceiro privado. E, no final, receberíamos a unidade reformada para que o próximo parceiro iniciasse as operações de forma adequada.

O contrato é de longo prazo e acaba com a dificuldade do parceiro de atrair profissionais de outros Estados, que poderão se estabelecer no Estado em função de um contrato de dez anos. Na consulta pública, os nossos parceiros queriam 20 anos. Entendemos que 20 anos é tempo demais para se fazer um casamento, que era o primeiro do Brasil e ainda engatinhava nesse arcabouço jurídico. Então, optamos por fazer dez anos, passível de prorrogação por mais dez, sendo que o estudo de prorrogação deverá ser iniciado no oitavo ano. Legalmente, temos de começar os estudos com oito anos para garantir que, aos dez, tenhamos uma decisão concreta, protegendo ao máximo o Estado.

Um dos principais pontos do edital é a acreditação do hospital em 24 meses pensando na qualidade, para reduzir de dez para cinco dias o tempo de permanência que temos em média nos hospitais de gestão direta. Ao consultarmos a população e registrar um índice de aprovação mínimo de 80%, temos o indicador que dispara o nosso processo de prorrogação. É como se fosse um gatilho: sem isso, nem se começa a estudar.

Com a exigência de baixas taxas de infecção hospitalar, o processo de informatização, para garantir acesso direto da Secretaria aos dados do hospital, e a concessão por dez anos, o valor do contrato foi de R\$ 103,5 milhões no primeiro ano. A fiscalização fica a cargo de uma empresa de auditoria. Há uma elevada exigência de qualificação profissional – 80% dos médicos, em especial, precisam ter especialização, no mínimo, e um sistema de informação bastante significativo. A divisão ficou mais ou menos assim: 70% de metas quantitativas e 30% de metas qualitativas. Quando comparamos o perfil do Hospital do Subúrbio com o do HGE, identificamos uma economia diária aproximada de R\$ 10 por leito. Se ele funcionar entre 85% e 98,9% de taxa de ocupação, fica ainda melhor.

Os investimentos do setor privado serão de R\$ 36 milhões no primeiro ano, entre equipamentos, mobiliário e infraestrutura. Fizemos uma audiência pública na Bahia, uma apresentação pública em São Paulo e um leilão na Bovespa. Eu dizia “secretário, nós vamos leiloar a saúde pública, pelo amor de Deus”. Ele dizia: “nós vamos fazer em São Paulo. Queremos transparência para esse projeto, queremos mostrar que não estamos escolhendo os amigos e que venham o máximo possível de parceiros”. E fizemos aqui na Bovespa. A assinatura do contrato aconteceu em 28 de maio. A transferência do prédio para o privado aconteceu em julho e em setembro começou a operação do



hospital. O início do processo de acreditação começa agora em março. Qualquer informação adicional do processo de construção do hospital está na página [www.saude.ba.gov.br/hospitaldosuburbio](http://www.saude.ba.gov.br/hospitaldosuburbio), o que inclui o edital, as consultas públicas e as respostas dos parceiros.

Prevíamos a contratação de 1.540 profissionais, mas o quadro já integra 1.564. Prevíamos a contratação de médicos diretamente pela empresa com carteira assinada, em regime de CLT. Mas os médicos preferem ser pessoa jurídica. Enquanto ganham R\$ 5 mil com a CLT, arrecadam R\$ 10 mil com sua própria empresa. Isso é um problema que vai rebater na nossa renegociação daqui um ano, pois é uma cláusula do contrato. Mas os contratos de PPP são flexíveis.

A contratação se deu mediante um consórcio formado pela Promedica, empresa que administra hospitais na Bahia, e a Dalkia, companhia francesa com uma certa especialização em trabalhos na saúde. A Prodal, como é chamado o consórcio, é uma sociedade de propósito específico que contratou a maior parte dos funcionários da assistência à saúde. A Dalkia tem um contrato de prestação de serviços junto à Prodal para as áreas de administração, recepção, manutenção, engenharia clínica e higienização, nas quais detém maior experiência. Eles também têm contratados 352 prestadores de serviços, entre médicos e fisioterapeutas, enquadrados nas categorias em que há dificuldade de contratar por CLT.

Essa é a produção do hospital nos primeiros 180 dias. Estávamos com 47 mil atendimentos nesses seis meses, sendo que em torno de 70% azul e verde. O azul significa “não devia estar ali” e verde, “tem alguma necessidade, mas o perfil não seria para aquele hospital”. E por que temos isso? Porque, para a nossa “satisfação”, a prefeitura de Salvador, mesmo com recursos do Governo Federal, não implementou nenhuma unidade de saúde da família ao redor do hospital. Ótimo. Os pacientes vão ao Hospital do Subúrbio, onde não podem ser rejeitados, ocupar a unidade de alta complexidade com bicho de pé, unha inflamada ou dor de cabeça. Mas o Estado não pode entrar na prestação de serviços da atenção básica pois o SUS prevê a descentralização, o que cria obstáculos para a implantação de um sistema parecido com o da Espanha. Ou o município faz uma contratação vertical ou vamos continuar nessa situação e atender casos de bicho de pé em um hospital de altíssima complexidade.

A maioria dos pacientes recebe atendimento clínico, tanto adulto como pediátrico. Temos um ambulatório exclusivo para retorno de cirurgias. Observando o edital, a previsão era de 45 mil atendimentos. O hospital está fazendo 133 mil atendimentos em função daqueles azuis e verdes, o que é uma loucura. Em várias áreas, ele está superando as demandas e em algumas áreas não. Isso já era previsto quando elaboramos o edital, uma vez que todas as nossas análises tinham como base dados epidemiológicos da região e dados estatísticos brasileiros, ainda muito frágeis. Por isso prevíamos a primeira renegociação do contrato com 18 meses, quando teríamos uma ideia de qual seria o real perfil da população do entorno da instituição.

Os indicadores qualitativos são cumpridos com rigor. Gostaria de chamar a atenção para o intervalo de cirurgia de emergência. Nós estipulamos 60 minutos e eles estão fazendo em 51. Uma prova de agilidade, em contraponto a outras unidades, onde pacientes estão no corredor à espera de uma tomografia, uma ressonância ou da visita de um profissional específico. Para conferir outros

indicadores sobre a PPP na Bahia, basta acessar a página da Sesab, que revela entre 85 e 95% de aprovação. Obviamente, ainda há um namoro da população com a unidade, mas achamos que o índice permanecerá nessa faixa, pois observamos o cuidado e a preocupação com o acolhimento dos pacientes.

Também vale alertar para a questão da tecnologia da informação. A despeito do governo passado afirmar que a Bahia era um Estado moderno, não encontramos nenhuma unidade de saúde com qualquer sistema informatizado, exceto o sistema de patrimônio. Precisamos de quatro anos para mudar esse cenário e acredito que agora vamos conseguir, pois vamos fazer por PPP. O Hospital do Subúrbio está totalmente informatizado.

Vou defender um pouco o nosso modelo de monitoramento, acompanhamento e fiscalização. Todos os estudos que lemos, aos quais tivemos acesso e palestras sobre as PPPs são muito bonitos de se defender no primeiro ano. Mas se você não tem um bom sistema de monitoramento, acompanhamento e fiscalização, o Estado é capturado pelo privado e aí a relação degrading. Foi por isso que as PPPs na Argentina não foram eficazes na década de 90. Pela questão da gestão do público, no campo ideológico acabam surgindo dificuldades. Foi o que aconteceu com a Bolívia, que também fechou suas PPPs.

Mas nós tivemos um cuidado muito grande. Estabelecemos a seguinte forma de monitoramento: temos um grupo de seis pessoas e três tratam diretamente da área hospitalar. Estas discutem metas, relatórios, promovem o acompanhamento e o monitoramento. As outras três são auditores do SUS, não têm nenhuma relação profissional com a instituição e fazem apenas a análise dos documentos. Confrontam os relatórios produzidos pela primeira equipe com a produção efetiva.

E todo o acompanhamento mais pesado, relacionado com multas e exigências, é feito por outro grupo. Além disso, uma auditoria externa está em processo de contratação. O pagamento é feito pelo privado, mas a seleção é feita pelo público. Nessa seleção, a empresa deve ser trocada periodicamente para que também não tenhamos nenhum tipo de captura, numa tentativa de proteger o Estado.

Há várias questões que envolvem o Hospital do Subúrbio, mas uma principal é um ponto frágil do sistema. Como nós erguemos o hospital, em todos os problemas que acontecem na unidade, o parceiro pode utilizar a construção como uma justificativa. “O hospital deveria ter rampa para emergência”. Aí eu pergunto: “E seu hospital tem uma rampa? Por que está reclamando do nosso?” Se tem elevador de emergência, se tem um único andar... É muito natural que a crítica seja direcionada para nós. Logo, se houver a oportunidade de fazer um sistema como eles chamam de DBO (*Design, Built and Operate*), essa sugestão é melhor do que construir e desenhar o hospital, pois sempre vai aparecer aquela desculpa de que não foi possível fazer algo por conta da estrutura do hospital.

A PPP não é uma panaceia e não é solução para tudo. Mas temos o voo da galinha, pois a lei que a rege e as orientações do Tesouro Nacional dizem que não podemos investir com PPPs mais de 3% da receita corrente líquida de cada um dos entes públicos – União, Estado e municípios. O Estado da Bahia tem a seguinte situação atualmente: R\$ 280 milhões já foram destinados às PPPs

e só poderemos gastar mais R\$ 350 milhões. Não temos muito espaço e um hospital custa caro. Estamos discutindo com a base do governo e com os deputados federais se temos alguma condição de mudar esse contexto. Estamos em busca de parcerias com outros Estados para discutir com o STN e com o Governo Federal essa modificação. Caso contrário, mais três anos e todos chegarão ao limite.

No que se refere à estruturação das garantias, a Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia propôs uma ideia brilhante: uma lei não de fundo garantidor, mas de fundo pagador. Ou seja, o custo que sai do Governo Federal para o fundo de participação dos Estados faz um *pit stop* em uma conta de uma entidade privada – o Desenhahia. Depois, tira uma parte do recurso para pagar as PPPs. Como o pagamento é automático, a Secretaria da Fazenda não pode barrá-lo. O dinheiro do Governo Federal entra na conta do Desenhahia, tira dali o valor referente às PPPs existentes e este retorna ao Tesouro.

Desse modo, o parceiro tem a garantia do pagamento mensal, inclusive quando o orçamento está definido. A escolha e atração do parceiro não estarão condicionadas à figura de um governador, um secretário ou outro integrante do poder público. O próximo governo pode não gostar do modelo e mudar? Pode. Mas é um processo muito mais difícil de se fazer.

## PPP na Saúde: Experiências e Tendências

### A Experiência Nacional

Vera Cristina C. Monteiro

Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Administrativo da FGV

O modelo de PPP (Parceria Público-Privada) contratado no setor da saúde só existe na Bahia. Existem outros dois projetos em fase de licitação, um em Belo Horizonte e outro no município de São Paulo. O projeto baiano é pioneiro e inovador no setor, mas isso não significa que não temos experiência já consolidada em parcerias público-privada no Brasil.

PPP é um tipo de contrato administrativo, um contrato de concessão e, sobre eles, nós temos experiência de longa data, sendo que nossa legislação mais atual sobre concessão é de 1995. Temos uma experiência importante em contratualização e participação de parceiros privados para a realização de investimentos e desenvolvimento de projetos de infraestrutura de longo prazo. Os setores rodoviário, elétrico e de telecomunicações, por exemplo, beneficiaram-se amplamente desse modelo contratual, cuja principal característica está na possibilidade de transferir ao privado a responsabilidade pela realização de investimento em certa infraestrutura importante e dar a ele a possibilidade de operá-la, retirando dela a sua própria remuneração. Esse é o modelo clássico da concessão rodoviária. Foi com base em tal experiência que foi aprovada a lei federal de parcerias público-privadas, no ano de 2004.

A lei de PPP – Lei 11.079/2004 – tem sete anos e regulou duas novas espécies de contrato de concessão. A chamada *concessão patrocinada* e a *concessão administrativa*. E elas vieram para qual finalidade? Para permitir que tais contratos de concessão, tradicionalmente estruturados tendo em vista o modelo de remuneração do privado a partir da exploração da infraestrutura disponibilizada (caso típico da rodovia e de seus pedágios), pudessem ser aplicados em projetos sem autossustentabilidade, que demandassem participação de recursos públicos no seu financiamento.

A concessão patrocinada é aquela em que a remuneração do privado acontece por meio de tarifa (parte será cobrada do usuário), que será complementada com recursos públicos. Um exemplo já em funcionamento aqui no Estado de São Paulo é a Linha 4 do Metrô, que tem uma tarifa contratual, a ser paga para o governo, e as tarifas pagas pelos usuários da linha.

E concessão administrativa? Por que foi criada mais uma modalidade de concessão? Porque modelos na saúde, por exemplo, não comportariam a cobrança de tarifa dos usuários. Vale lembrar que a lei de PPP só permite contratos com vigência de até 35 anos.

O setor prisional é outro que tem se beneficiado da concessão administrativa. O exemplo mais recente é em Minas Gerais, onde foram construídas prisões com disponibilização de vagas pelo setor privado. Cabe ao governo remunerá-lo pelo número de vagas prisionais disponibilizadas, conforme as características do equipamento previamente determinadas pelo contrato de

concessão. Como não é possível a cobrança de “tarifa prisional”, é o Estado que paga pelo serviço prestado, que engloba a guarda do preso e toda a hotelaria relacionada à sua manutenção no presídio.

Tais modelos existem mundo afora, e não são recentes. Mesmo no caso da saúde, esse modelo já é antigo na Inglaterra. A nossa legislação sobre contratos de concessão é bastante aberta, capaz de viabilizar vários modelos contratuais. Mas é preciso pontuar dois desafios: a estruturação dos projetos e, após a licitação e contratualização, o desafio da gestão contratual. É completamente equivocado imaginar que fazer uma PPP significa lavar as mãos da responsabilidade pública, privatizar ou abrir mão dos controles públicos. Só se consegue bons contratos de PPP se seu gestor tiver estruturas administrativas consolidadas.

Um movimento interessante tem acontecido nos últimos anos, chamado de PMI, cuja sigla significa “Processo de Manifestação de Interesse”, e tem estado muito na moda, pois a legislação admite que o privado, autor de uma boa ideia, possa bater nas portas de um órgão público e dizer “governo, eu tenho aqui o projeto pronto, está aqui a minuta de um contrato de PPP, você não gostaria de licitá-lo? Eu tenho interesse em participar!”. Isso é legítimo, tem previsão legal e é uma forma de envolver a iniciativa privada na elaboração de um projeto de infraestrutura.

Mas existe certa fantasia ao imaginar que o privado, quando traz um projeto ao conhecimento do gestor público, já venha pronto. Isso é fantasioso por inúmeras razões. A primeira, porque o projeto terá um viés privado. A segunda dificuldade é que o autor não tem uma informação crucial: ele não conhece a fundo as necessidades e dificuldades públicas, inclusive fiscais, que precisarão ser consideradas no projeto. Só o ente público tem as informações acerca de sua capacidade de endividamento e como será estruturado o mecanismo de pagamento e o mecanismo garantidor do contrato. É difícil estruturar o negócio, elaborar as minutas e conduzir o processo licitatório. A experiência mostra que entre o início dos estudos e a celebração do contrato decorre um ano! O esforço envolve a organização de uma equipe multidisciplinar e com intensa dedicação na elaboração do projeto. Isso não é só a experiência brasileira que revela, a experiência internacional também confirma.

Como alguém topará celebrar um contrato, que poderá ser de até 35 anos, se os mandatos mudam a cada quatro? Como se tem a garantia da estabilidade contratual?

Foi mencionado que o Estado da Bahia criou um modelo de pagamento próprio, usando recursos vindos do fundo de participação dos estados – o FPE. Esse modelo, aliás, de uso do FPE para pagar e dar garantias em contrato de PPP, é bastante controverso. Isto porque os recursos do FPE teriam origem tributária, e não seria possível vincular a destinação de recursos tributários. Existe, assim, uma discussão jurídica importante de saber se esses recursos poderiam ser segregados e destinados exclusivamente a atender projetos, evitando contingenciamento dos futuros pagamentos.

Além de toda essa dificuldade, a lei ainda estabeleceu um limite prudencial aos contratos de PPP. Apenas 3% da receita corrente líquida do ente público podem ser comprometidos com contratos dessa natureza. E o que entra nessa conta? Projetos de PPP feitos por empresas estatais? O modelo de PPP convive com muitos modelos gerenciais. No caso da saúde, ele convive com o

modelo da OS, com o modelo da OSCIP, com a terceirização de mão de obra. Qual é o melhor modelo? Qual é a desvantagem de um e de outro?

Na prática, muitas das vantagens e desvantagens estão se aproximando. Expressões como contrato de gestão, termo de parceria e PPP foram criadas em um momento em que ainda era moda fazer a distinção entre contrato e convênio. Atualmente, não existe mais essa dicotomia clara entre a relação lucrativa e a relação benemerente. A atuação complementar da iniciativa privada na área da saúde não funciona mais com essa lógica binária. Basta ler os termos de parceria, os convênios, os contratos de gestão e os contratos de PPP: todos eles têm semelhanças com contratos de prestação de serviço. Eles podem não dizer isso de maneira explícita (e não dizem, nos primeiros casos, para evitar a aplicação do regime da Lei 8.666/93), mas estamos chegando no momento da verdadeira revelação dessa constatação e da busca de uma solução mais adequada.

Em 2009, foi elaborado um anteprojeto de lei para rever o antigo decreto-lei 200. Uma de suas propostas foi criar um tipo contratual (não faz mais sentido chamar de convênio!) que traçasse regras mais objetivas para a prestação de serviços por entes do terceiro setor. O objetivo é preservar a lógica da benemerência das parcerias com o terceiro setor, mas explicitar que a relação envolve uma verdadeira contratualização, com metas e obrigações de ambas as partes, razão pela qual é preciso matizar a questão sobre a necessidade ou não de prévia licitação. O anteprojeto assume a necessidade de um processo de escolha prévio, com base em regras próprias e não nos moldes da Lei 8.666/93.

Mas o ponto é: qual é o conteúdo dessas parcerias, qual é o melhor conteúdo no caso concreto para atender a determinadas finalidades? É preciso ter claro que já não basta colocar o nome de convênio ou termo de parceria apenas para excluir o regime da Lei 8.666/93. O que se quer é uma prestação de serviços, com ou sem finalidade lucrativa, e o desafio está na criação de um adequado processo de escolha de seu prestador.

A PPP pode ser um caminho a ser utilizado na área da saúde. Mas não é o único! É preciso provar que o modelo de PPP é o melhor no caso concreto. E isso implica demonstrar os ganhos futuros decorrentes da contratação e do modelo licitatório e contratual escolhidos. Deve-se ter criatividade e responsabilidade! Os fornecedores e financiadores precisam ser ouvidos no processo, que não pode ser autista, devendo ser transparente e conduzido por uma equipe verdadeiramente comprometida.



Centro de Estudos em Planejamento  
e Gestão de Saúde da EAESP

## Debates GVsaúde

Debates GV Saúde – Edição Especial – junho de 2012 – é uma publicação interna do GVsaúde da FGV-EAESP

Endereço: Avenida Nove de Julho, 2029 – 11º Andar – CEP: 01313-902 – São Paulo – SP

Telefone: (11) 3799-7717 • e-mail: [gvsauade@fgv.br](mailto:gvsauade@fgv.br) • endereço eletrônico: [www.fgv.br/gvsauade](http://www.fgv.br/gvsauade)

**Coordenação geral do projeto da revista:** Cinthia Ferreira Costa

**Arte e diagramação:** CrisTassi Design – e-mail: [contato@crisstassi.com.br](mailto:contato@crisstassi.com.br)

**Produção:** Scritta – [www.scritta.com.br](http://www.scritta.com.br).

**Revisão de textos:** Leandro Luize, Aline Alvarenga e Eduardo Graboski.

A revista reproduz as apresentações dos palestrantes nacionais e internacionais do evento realizado na FGV-EAESP, em maio de 2011, com o título Palestra Internacional PPP na Saúde: Experiências e Tendências. Os textos assinados são de responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, a opinião da revista. É proibida a reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação, sem a autorização expressa do editor. Distribuição em circuito interno.



## Patrocínio



INSTITUTO DE  
RESPONSABILIDADE SOCIAL  
SÍRIO-LIBANÊS



## Parceiro



## Realização



EAESP  
• gep



Centro de Estudos em Planejamento  
e Gestão de Saúde da EAESP